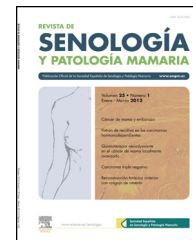




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



ORIGINAL

Segunda biopsia del ganglio centinela después de quimioterapia neoadyuvante en pacientes con cáncer de mama, axila negativa y ganglio centinela metastásico al diagnóstico inicial. Resultados preliminares



Ángel C. Rebollo-Aguirre^{a,*}, Rocío Sánchez-Sánchez^a,
Tarik Aroui-Luquin^a, Juan García-García^b, Elena Pastor-Pons^c,
Clara E. Chamorro-Santos^d y Salomón Menjón-Beltrán^b

^a Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 29 de mayo de 2013; aceptado el 7 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 21 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Ganglio centinela;
Quimioterapia
neoadyuvante;
Linfadenectomía
axilar

Resumen

Objetivo: Valorar la validez diagnóstica de una segunda biopsia del ganglio centinela (GC) en pacientes con cáncer de mama operable y axila negativa al diagnóstico, con GC metastásico, tratadas con quimioterapia neoadyuvante (QTN).

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo realizado en 52 mujeres con cáncer de mama infiltrante (2 bilateral); estadio II-A (cT2N0M0): 50, II-B (cT3N0M0): 4. El estatus axilar se estableció por exploración física, ecografía y punción ecoguiada de los ganglios sospechosos. Pauta QTN: epirubicina/ciclofosfamida $\times$ 4, y docetaxel $\times$ 4. El día antes de la cirugía se inyectó periareolarmente 74-111 MBq de nanocoloide de albúmina. El GC se analizó por amplificación de ácido nucleico de un solo paso. Se realizó linfadenectomía axilar en las pacientes con GC positivo al diagnóstico.

Resultados: El GC axilar pre-QTN se identificó en el 96,3% de los casos; GC extirpados $1,8 \pm 0,8$ (rango 1-4). En el 55,8% el resultado del GC fue positivo. Actualmente, 44 pacientes (2 bilateral) han completado el tratamiento. Se ha realizado una segunda biopsia del GC posneoadyuvancia en 22 pacientes: 20 con GC pre-QTN positivo, 2 sin migración axilar preneoadyuvancia. Solo se

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: angelc.rebollo.sspa@juntadeandalucia.es, ac.rebollo@gmail.com (Á.C. Rebollo-Aguirre).

identificó el GC en el 54,5% de las pacientes; GC resecados $1,5 \pm 0,8$ (rango 1-3). En 9 de las 10 mujeres sin migración la linfadenectomía axilar fue negativa. En 7 pacientes el GC fue un verdadero positivo, y en 4 de ellas los GC eran los únicos afectados de la axila. En 2 casos el resultado fue falso negativo (22,2%).

Conclusiones: Los resultados de una segunda biopsia del GC post-QTN no son adecuados para su aplicación en la práctica clínica.

© 2013 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Breast cancer;
Sentinel lymph node;
Neoadjuvant
chemotherapy;
Axillary lymph node
dissection

Second sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients with negative axilla and metastatic sentinel lymph node at presentation.

Preliminary results

Abstract

Aim: To evaluate the accuracy of a second sentinel lymph node (SLN) biopsy in patients with operable breast cancer and clinically negative axilla, with metastatic SLN at diagnosis, treated with neoadjuvant chemotherapy (NAC).

Patients and methods: A prospective study was performed in 52 women with invasive ductal carcinoma (2 bilateral); stage IIA (cT2N0M0): 50, IIB (cT3N0M0): 4. Axillary evaluation included physical examination and axillary ultrasound, with ultrasound-guided core needle biopsy of any suspicious lymph node. The NAC scheme consisted of epirubicin/cyclophosphamide $\times 4$, and docetaxel $\times 4$. The day before surgery, 74-111 MBq albumin nanocolloid was injected peria-reolarly. The SLN was analyzed by one-step nucleic acid amplification. Axillary lymph node dissection was performed in patients with positive SLN at presentation.

Results: Pre-NAC axillary SLN was identified in 96.3% of the patients. The mean number of extirpated SLN was 1.8 ± 0.8 (range 1-4). In 55.8% of the patients, the SLN was positive. Currently, 44 patients (2 bilateral) have completed NAC and surgical treatment. A second SLN biopsy was performed post-NAC in 22 patients: 20 with positive pre-NAC SLN and 2 without pre-NAC SLN identification. SLN was only identified in 54.5% of cases. The mean number of extirpated SLN was 1.5 ± 0.8 (range 1-3). Non migration occurred in 10 patients, 9 patients without axillary lymph node dissection involvement. In 7 patients, the post-NAC SLN was a true positive and was the only axillary lymph node affected in 4. The false negative rate was 22.2%.

Conclusions: A second SLN biopsy after NAC in women with a positive SLN at diagnosis is not a useful option.

© 2013 SESPM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La quimioterapia neoadyuvante (QTN) es el tratamiento estándar en el cáncer de mama localmente avanzado e inflamatorio, existiendo evidencias que apoyan su uso en pacientes con enfermedad en estadios iniciales. Entre los principales objetivos de la QTN están: el inicio precoz del tratamiento sistémico, la conversión en operable de un cáncer de mama inicialmente no quirúrgico, el aumento en el número de cirugías conservadoras y la valoración de la quimiosensibilidad del tumor in vivo¹⁻³.

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BGC) es el procedimiento más adecuado para la estadificación regional del cáncer de mama. En la actualización del consenso sobre la BGC en el cáncer de mama del año 2010 se considera recomendable la realización de la BGC previa al tratamiento sistémico primario en pacientes con axila clínica/ecográficamente negativa de inicio, y es aceptable su realización posterior al tratamiento sistémico primario en el contexto de ensayos clínicos⁴, aunque estudios recientes evidencian que la BGC puede estar indicada después de QTN^{5,6}.

En la actualidad, se discute en la literatura la posibilidad de realizar la BGC antes o después de la QTN, en función del estatus axilar al diagnóstico, y de las ventajas e inconvenientes de uno u otro momento⁷⁻¹³. El principal argumento para la realización de la BGC antes de comenzar la QTN (BGC preneoadyuvancia) es que permite una más precisa estadificación axilar inicial, con un mayor porcentaje de identificación del GC y una menor tasa de falsos negativos (FN). Entre sus inconvenientes está el someter a la paciente a 2 intervenciones quirúrgicas, una para localizar el GC y otra para la cirugía definitiva de la mama y axila, y que puede asociarse a retrasos en el comienzo de la QTN^{9,10,13-15}.

Por otro lado, hasta el 50-60% de las pacientes con tumores T2 mayores de 3 cm (posibles candidatas a QTN) presentan metástasis en el GC¹⁶, lo que actualmente implicaría la práctica de linfadenectomía axilar (LA) al finalizar la quimioterapia, en el caso de realizar BGC preneoadyuvancia⁴. Así, el principal inconveniente de la BGC preneoadyuvancia es que no permite valorar la respuesta ganglionar axilar al tratamiento, al no poderse establecer si la enfermedad metastásica inicial estaba

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3973844>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3973844>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)